

***Internal environment assessment of hospitals in
Gorgan and Gonbad-e Qabus cities, Iran,
according to Weisbord's six-dimension model***

Mohammad-Javad Kabir¹,
Alireza Heidari²,
Nahid Jafari³,
Mohammad-Reza Honarvar⁴,
Mohammad-Ali Vakili³,
Seyed-Ali Aghapour⁵,
Mohsen Aarabi⁶,
Behruz Alizadeh⁷,
Babak Arab⁸,
Maryam Eri⁹,
Seyed-Kamaleddin Mirkarimi¹⁰

¹ PhD Candidate in Health Care Management, Health Management and Social Development Research Center, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran

² PhD Candidate in Health Policy, Health Management and Social Development Research Center, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran

³ Assistant Professor, Health Management and Social Development Research Center, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran

⁴ PhD Candidate in Nutrition Science, Health Management and Social Development Research Center, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran

⁵ Assistant Professor, Department of Pediatrics, School of Medicine, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran

⁶ Assistant Professor, Department of Community Medicine, Health Sciences Research Center, School of Medicine, Mazandaran University of Medical Sciences, Mazandaran, Iran

⁷ MSc in Health Services Management, Shohada Hospital, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran

⁸ MD, Shahid Motahari Hospital, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran

⁹ MSc in Health Services Management, Health Management and Social Development Research Center, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran

¹⁰ PhD Candidate in Health Promotion and Health Education, Health Management and Social Development Research Center, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran

(Received April 24, 2013; Accepted September 25, 2013)

Abstract

Background and purpose: Internal assessment is an introduction for improving the quality and the first step of accreditation. Identifying the competencies and the weaknesses enables the organizations to choose the strategies to face environmental forces. This study aimed to identify the strengths and the weaknesses of hospitals in Gorgan and the Gonbad-e Qabus cities, Iran.

Materials and methods: This cross-sectional study was performed in Azar the 5th, Deziyani, and Taleghani hospitals in the city of Gorgan and Shahid Motahari and Shohola hospitals in the city of Gonbad-e Qabus. Statistical Society was included 322 clinical and non-clinical staff of the hospitals. Data collection instrument was a questionnaire. The data were analyzed using ANOVA, t, and Pearson correlation tests.

Results: 83.5% of respondents considered desirable internal hospital environment and 16.5% of them considered undesirable. The weakest area was rewards and the strongest area was target. There were significant relationships between internal environment of hospitals and years of services ($P = 0.030$), ward ($P = 0.008$), and hospital ($P = 0.021$) but there were not significant relationships between internal environment of hospitals and age ($P = 0.371$), sex ($P = 0.559$), employment status ($P = 0.527$), and level of education ($P = 0.110$).

Conclusion: Internal environment status was good from employee's viewpoint but rewards need to improve. It is necessary for managers to give rewards to personnel practice-basely and individually.

Keywords: Strategic planning, strengths and weaknesses, internal environment

ارزیابی محیط داخلی بیمارستان‌های شهرستان‌های گرگان و گنبد کاووس از دیدگاه کارکنان با استفاده از مدل Weisbord

محمدجواد کبیر^۱علیرضا حیدری^۲ناهید جعفری^۳محمد رضا هنرور^۴محمدعلی وکیلی^۳سیدعلی آقاپور^۵محسن اعرابی^۶بهرروز علیزاده^۷بابک عرب^۸مریم ایری^۹سید کمال‌الدین میرکریمی^{۱۰}

چکیده

سابقه و هدف: ارزیابی محیط داخلی، مقدمه‌ای برای بهبود کیفیت و اولین مرحله اعتباربخشی می‌باشد. شناسایی شایستگی‌ها و نقاط ضعف، سازمان را قادر می‌سازد تا استراتژی‌های مواجهه با نیروهای محیطی را انتخاب کند. هدف این مطالعه، ارزیابی محیط داخلی بیمارستان‌های شهرستان‌های گرگان و گنبد کاووس به منظور شناسایی نقاط قوت و زمینه‌های قابل بهبود بود.

مواد و روش‌ها: این مطالعه مقطعی به صورت توصیفی-تحلیلی در بیمارستان‌های ۵ آذر، دزیانی و طالقانی از شهرستان گرگان و بیمارستان‌های مطهری و شهدا از شهرستان گنبد کاووس انجام شد. جامعه آماری ۳۱۰ نفر از پرسنل درمانی و غیر درمانی بیمارستان‌های پیش‌گفته را شامل می‌شد. ابزار جمع‌آوری داده‌ها، پرسش‌نامه ۳۵ سؤالی بود. داده‌ها به وسیله نرم‌افزار SPSS تجزیه و تحلیل شد. آزمون‌های آماری مورد استفاده شامل ANOVA و t و Pearson بود.

یافته‌ها: ۸۳/۵ درصد از شرکت کنندگان مطالعه وضعیت محیط داخلی بیمارستان‌ها را مطلوب و ۱۶/۵ درصد، آن را نامطلوب می‌دانستند. حیطه پاداش‌ها با ۵۵/۸ درصد عدم مطلوبیت، ضعیف‌ترین و حیطه تدوین هدف با ۹۳/۹ درصد مطلوبیت، قوی‌ترین حیطه ارزیابی شد. وضعیت محیط داخلی بیمارستان‌ها با سابقه کاری ($P = ۰/۰۳۰$)، بخش ($P = ۰/۰۰۸$) و بیمارستان ($P = ۰/۰۲۱$) از نظر آماری رابطه معنی‌داری داشت؛ اما با سن ($P = ۰/۳۷۱$)، جنسیت ($P = ۰/۵۵۹$)، وضعیت استخدامی ($P = ۰/۵۲۷$) و سطح تحصیلات ($P = ۰/۱۱۰$) رابطه آماری معنی‌داری نداشت.

استنتاج: وضعیت محیط داخلی بیمارستان‌های مورد مطالعه، با وجود داشتن وضعیت کلی مناسب، در حیطه پاداش‌ها نیاز به بهبود بیشتری دارد. در این راستا، مدیران باید پاداش‌ها را فردی کنند و به عملکرد پیوند دهند.

واژه‌های کلیدی: برنامه‌ریزی استراتژیک، نقاط ضعف و قوت، محیط داخلی

مؤلف مسئول: علیرضا حیدری - گرگان: کوی گل‌ها، انتهای گلبرگ یکم، مرکز تحقیقات مدیریت سلامت و توسعه اجتماعی دانشگاه علوم پزشکی گلستان. E-mail: heidari_ar_2000@yahoo.com

۱. دانشجوی دکتری تخصصی مدیریت سلامت خدمات بهداشتی و درمانی، مرکز تحقیقات مدیریت سلامت و توسعه اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران

۲. دانشجوی دکتری تخصصی سیاست‌گذاری سلامت، مرکز تحقیقات مدیریت سلامت و توسعه اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران

۳. استادیار، مرکز تحقیقات مدیریت سلامت و توسعه اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران

۴. دانشجوی دکتری تخصصی علوم تغذیه، مرکز تحقیقات مدیریت سلامت و توسعه اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران

۵. استادیار، گروه کودکان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران

۶. استادیار، گروه پزشکی اجتماعی، مرکز تحقیقات علوم بهداشتی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

۷. کارشناس ارشد مدیریت خدمات بهداشتی-درمانی، بیمارستان شهدا، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گنبد کاووس، ایران

۸. پزشک عمومی، بیمارستان شهید مطهری، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گنبد کاووس، ایران

۹. کارشناس ارشد مدیریت خدمات بهداشتی-درمانی، مرکز تحقیقات مدیریت سلامت و توسعه اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران

۱۰. دانشجوی دکتری آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، مرکز تحقیقات مدیریت سلامت و توسعه اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۴/۴ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۳۹۲/۴/۹ تاریخ تصویب: ۱۳۹۲/۷/۳

مقدمه

جهان در قرن اخیر، شاهد پیشرفت‌های بزرگ علمی و فنی بوده است که این پیشرفت‌ها، نتیجه برنامه‌ریزی صحیح و اصولی مدیرانی بوده است که توانسته‌اند از منابع خود استفاده مناسب نمایند. برنامه‌ریزی به عنوان یکی از مهم‌ترین و اساسی‌ترین ارکان مدیریت از دیرباز مورد توجه علمای علم مدیریت بوده است؛ به گونه‌ای که به عنوان یکی از وظایف مهم یا به تعبیری جزء اولین وظایف مدیران قلمداد گردیده است. برنامه‌ریزی، نوع ویژه‌ای از تصمیم‌گیری است که طی آن، مدیر برای سازمان، آینده خاصی را مورد توجه قرار می‌دهد. برنامه‌ریزی فرایندی است که در جهت رسیدن به وضعیت مطلوب جامعه تنظیم می‌شود و هم احتراز از اعمال ناصحیح و هم تقلیل تعداد اشتباهات و بهره‌گیری از فرصت‌ها را مدنظر قرار می‌دهد (۱).

برنامه‌ریزی استراتژیک نوعی برنامه‌ریزی است که مستلزم تنظیم آگاهانه اهداف مطلوب سازمان با توجه به مقتضیات محیطی و به کارگیری رویکردی مناسب برای تأمین اهداف بلند مدتی است که در محیطی رقابتی باشند و جنبه حیاتی نیز داشته باشند. برنامه‌ریزی استراتژیک، برنامه‌ریزی جامعی است که در سطوح عالی سازمان شکل می‌گیرد و چارچوبی مشخص برای برنامه‌ریزی تاکتیکی و برنامه‌ریزی عملیاتی ترسیم می‌کند و شامل تعداد زیادی برنامه است که بر اساس مقتضیات محیط، اجرا خواهند شد.

برای مسایل سرنوشت‌ساز، انجام برنامه‌ریزی استراتژیک امری ضروری است (۲). یکی از مراحل اساسی در برنامه‌ریزی استراتژیک، تحلیل SWOT (Strengths, weaknesses, opportunities and threats) می‌باشد که اطلاعاتی درباره نقاط قوت و ضعف (ارزیابی داخلی) و فرصت‌ها و تهدیدهای سازمان (ارزیابی خارجی) فراهم می‌آورد؛ زیرا هر استراتژی کارساز، از فایده‌های نقاط قوت و موقعیت‌ها بهره‌مند می‌گردد و همزمان، نقاط ضعف و تهدیدها را به حداقل کاهش می‌دهد یا بر آن‌ها فایز می‌آید (۳). ارزیابی درونی که به صورت به کارگیری شاغلین یک

سازمان به عنوان ارزیابی کنندگان برنامه‌های آن سازمان تعریف می‌گردد، یک فعالیت پژوهشی کاربردی است که از توسعه و یادگیری در سازمان حمایت می‌کند. از آن جا که این فرایند تا حد زیادی مشارکتی و تعاملی می‌باشد، بنابراین مدیران و کارمندان را قادر می‌سازد تا تئوری و عملکرد برنامه‌هایشان را بهتر کنند. ارزیابی درونی، موجب کاهش اضطراب و ترس ناشی از ارزیابی بیرونی می‌شود، انتخاب استراتژی‌های مناسب با شرایط هر سازمان را امکان پذیر می‌سازد و نتایج آن، آسان‌تر از ارزیابی بیرونی پذیرفته می‌شود. علاوه بر این، ارزیابی درونی می‌تواند اطلاعات حیاتی و مهمی را برای برنامه‌ریزی استراتژیک سازمان فراهم نماید (۴). ارزیابی محیط داخلی سازمان، منجر به شناسایی نقاط قوت و ضعف سازمان و سیستم می‌گردد. این ارزیابی، شامل بررسی اثربخشی ساختار سازمانی، اندازه، برنامه‌ها، منابع مالی، منابع انسانی، سیستم‌های اطلاعاتی، تحقیق و توسعه و توانایی سازمانی می‌باشد (۵).

فرایند بررسی عوامل داخلی سازمان (در مقایسه با بررسی عوامل خارجی سازمان)، برای کارکنان فرصت بیشتری به وجود می‌آورد تا بتوانند رابطه شغل، دایره و واحد خود را با کل سازمان بهتر درک کنند. این یک مزیت بزرگ است؛ زیرا اگر مدیران و کارکنان شیوه مؤثر در سایر دوایر، واحدها و فعالیت‌های سازمان را درک کنند، وظایف خود را بهتر انجام خواهند داد (۶).

تجزیه و تحلیل داخلی و محیطی، سازمان را قادر می‌سازد تا به دقت و به صورت عینی، شایستگی‌های ویژه و نقاط ضعف رقابتی خود را شناسایی کند. از طریق این تحلیل و اطلاعات حاصل از آن‌ها، مدیران می‌توانند در جهت تکمیل فرصت‌های رقابتی سرمایه‌گذاری کنند و موانع و تهدیدها را به نحوی کاهش دهند و نیز از اثرات آن‌ها بکاهند. شناسایی شایستگی‌ها و نقاط ضعف، سازمان را قادر می‌سازد تا استراتژی‌های مواجهه و رویارویی با نیروهای محیطی را انتخاب کند (۷).

ارزیابی محیط داخلی سازمان، مقدمه‌ای برای بهبود کیفیت است و در حقیقت این ارزیابی، اولین مرحله اعتباربخشی تلقی

آخرین مورد، آمادگی تغییر را برای یک مشاور/تسهیل کننده فراهم می‌آورد. این مدل، یک نگرش سیستماتیک را برای تجزیه و تحلیل روابط در میان متغیرهایی که بر روی اداره سازمان تأثیر می‌گذارند، منعکس می‌کند (۱۶).

با توجه به مدل Weisbord، تعیین و حل مشکلات سازمانی باید به طور نظام‌مند توسط کارکنان انجام شود؛ چرا که از این طریق، آن‌ها از جایگاه سازمانی خود یاد می‌گیرند و به دنبال بهبود فرایندها می‌روند. با استفاده از این مدل، ضمن عارضه‌یابی سازمان، می‌توان با تجزیه و تحلیل عارضه‌های سازمانی به بهبود سلامت سازمان و نیز کیفیت محیط کاری کمک کرد (۱۷).

در مطالعه وطن‌خواه و بهرامی در شیراز، تمام بیمارستان‌های مورد بررسی در بعد پاداش دارای نقطه ضعف و در بعد نگرش به تغییر دارای نقطه قوت بودند (۹). نتایج مطالعه صفارانی و همکاران نیز در تهران نشان داد که در سه بعد، ساختار سازمانی نسبت به ابعاد رهبری و هدف‌گذاری وضعیت ضعیف‌تری داشت (۱۱). در مطالعه مسعودیان و همکاران بعد ارتباطات، بهترین وضعیت و بعد پاداش‌ها، بدترین وضعیت را داشت (۱۷).

با توجه به اهمیت موضوع، مطالعات اندک انجام شده در ایران و نتایج متفاوت این مطالعات، هدف از انجام این مطالعه، ارزیابی محیط داخلی بیمارستان‌های گرگان و گنبد بود تا پس از شناسایی نقاط ضعف و قوت بیمارستان‌ها، نتایج به دست آمده به منظور انجام مداخلات مؤثر، در اختیار مسئولین مربوط قرار گیرد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه، یک مطالعه توصیفی-تحلیلی بود که به صورت مقطعی انجام شد. محیط پژوهش شامل بیمارستان‌های ۵ آذر، دزینی و طالقانی در گرگان و بیمارستان‌های مطهری و شهدا در گنبد کاووس بود. دلیل انتخاب این بیمارستان‌ها، دانشگاهی-آموزشی بودن آن‌ها و مراجعه حجم بیشتر ساکنین شرق و غرب استان گلستان به این بیمارستان‌ها، جهت دریافت خدمات درمانی بود.

می‌شود (۸). در تحلیل SWOT ارزیابی نقاط ضعف و قوت داخلی ارجحیت دارد؛ زیرا هر گونه واکنش مؤثر برای بهره‌برداری از فرصت‌ها و امتناع از تهدیدهای خارجی، بایستی مبتنی بر دانش کافی از قوت‌ها و ضعف‌های داخلی باشد. روش مناسب برای ارزیابی محیط داخلی، این است که ابتدا لیستی از عوامل مهم درونی سازمان تهیه شود، سپس با بررسی آن‌ها تعیین شود که سازمان در کدام موارد، دارای قوت و در کدام موارد دارای ضعف است (۹).

ارزیابی محیط داخلی سازمان، یک ابزار مدیریت انسانی است که علاوه بر برنامه‌ریزی استراتژیک، در سیاست‌گذاری و حل و فصل مشکلات نیز از آن استفاده می‌شود (۱۰). تحلیل محیط، یک ضرورت سازمانی برای بهبود عملکرد است و امروزه، یکی از وظایف دوره‌ای هر مدیر است که باید به طور مکرر، به آن اقدام کند (۱۱).

برای ارایه تجزیه و تحلیل ارزشمند از سازمان، به ناچار بایستی ابتدا افراد آن سازمان شناسایی شوند و چگونگی تفکر آن‌ها مشخص شود (۱۲). Anderson (به نقل از ترک‌زاده) بیان می‌دارد که برای مطالعه سازمان، نباید از مدل ذهنی استفاده نمود؛ چرا که ادراک پژوهشگر، با جهت‌دهی فرایند مطالعه، اقدامات آن‌ها را تحت نفوذ قرار می‌دهد و در تعمیم پیامدهای پروژه مشارکت می‌نماید (۱۳).

مدل سازمانی Weisbord جهت شناخت دقیق‌تر سازمان و مداخله مناسب برای حل مشکلات و مسایل سازمانی و بررسی حوزه‌های آسیب‌پذیری ارایه شده است (۱۲). این مدل، منعکس کننده یک رویکرد سیستماتیک جهت تجزیه و تحلیل ارتباط بین متغیرهایی است که چگونگی مدیریت سازمان را نشان می‌دهد (۱۴) و مبتنی بر محیطی است که سازمان در آن به فعالیت مشغول می‌باشد و سازمان را به سوی گرایش به تغییر و تعالی سوق می‌دهد (۱۵).

مدل Weisbord پایه‌ای برای طراحی پرسش‌نامه است که هفت متغیر را اندازه‌گیری می‌کند: هدف، ساختار، ارتباطات، پاداش‌ها، رهبری، مکانیزم‌های مفید و نگرش نسبت به تغییر. شش حوزه اول از مدل Weisbord هستند؛ در حالی که

مشخصات بیمارستان‌های مورد مطالعه به شرح زیر بود:

- بیمارستان ۵ آذر در گرگان با ظرفیت ۲۷۰ تخت ثابت، تأسیس شده بود و در زمان اجرای مطالعه، ۲۴۰ تخت دایر داشت. تخصص‌های موجود در این بیمارستان عبارت از داخلی، جراحی، اورژانس، جراحی مغز و اعصاب، ارتوپدی، قلب، گوش و حلق و بینی، ICU (Intensive care unit) و CCU (Coronary care unit) بودند.

- بیمارستان دزیانی در گرگان با ظرفیت ۱۰۵ تخت ثابت، تأسیس شده بود و ۶۳ تخت دایر داشت. تخصص‌های موجود در این بیمارستان عبارت از زنان و زایمان بود.

- بیمارستان طالقانی در گرگان با ظرفیت ۶۰ تخت ثابت، تأسیس شده بود و ۴۷ تخت دایر داشت. تخصص‌های موجود در این بیمارستان عبارت از کودکان، نوزادان و ICU بودند.

- بیمارستان مطهری در گنبد با ظرفیت ۱۴۳ تخت ثابت، تأسیس شده بود و ۸۷ تخت دایر داشت. تخصص‌های موجود در این بیمارستان عبارت از جراحی و جراحی مغز و اعصاب بودند.

- بیمارستان شهدا در گنبد با ظرفیت ۹۶ تخت ثابت تأسیس شده بود و ۷۴ تخت دایر داشت. تخصص‌های موجود در این بیمارستان عبارت از داخلی، زنان و زایمان و CCU بودند.

از بین ۱۳۱۱ نفر از پرسنل درمانی و غیر درمانی این بیمارستان‌ها، ۳۲۲ نفر جهت شرکت در مطالعه انتخاب شدند. نمونه‌گیری در دو مرحله انجام شد. الف) نمونه‌گیری طبقه‌ای (Stratified Sampling) به طوری که ۱۲۷ نفر از بیمارستان ۵ آذر، ۴۵ نفر از بیمارستان دزیانی، ۴۸ نفر از بیمارستان طالقانی، ۴۶ نفر از بیمارستان مطهری و ۵۶ نفر از بیمارستان شهدا انتخاب شدند. ب) نمونه‌گیری تصادفی ساده که بر اساس قرعه‌کشی برای افراد انجام شد و از ۳۲۲ نفر، ۳۱۰ نفر در مطالعه شرکت کردند (میزان پاسخگویی = ۰/۹۶).

ابزار جمع‌آوری اطلاعات در این پژوهش، پرسش‌نامه‌ای بود که توسط Robert C Perisiori ابداع گردیده است (۱۲). پرسش‌نامه شامل دو قسمت بود: قسمت اول اطلاعات دموگرافیک نمونه‌ی مورد مطالعه و قسمت دوم سؤالات مربوط به معیارهای ارزیابی محیط داخلی شامل هدف‌گذاری

(تدوین هدف)، ساختار سازمانی (سازمان‌دهی فعالیت‌ها)، رهبری، ارتباطات (روابط درون سازمانی)، پاداش‌ها (مکانیزم پاداش)، هماهنگی فعالیت‌ها (مکانیزم‌های مفید) و نگرش نسبت به تغییر بود؛ که در مجموع، ۳۵ سؤال در هفت حیطه مختلف طراحی گردید.

پاسخ سؤالات، بر اساس طیف هفت گزینه‌ای «خیلی موافقم، موافقم، کمی موافقم، بی‌نظرم، کمی مخالفم، مخالفم و خیلی مخالفم» طبقه‌بندی و درجه‌بندی شد. به این گزینه‌ها به ترتیب امتیاز ۱ تا ۷ تعلق گرفت. امتیاز کمتر از ۴، نشان دهنده قوت بیمارستان (مطلوبیت) و امتیاز بیشتر از ۴، نشان دهنده ضعف بیمارستان (عدم مطلوبیت) در متغیر مربوط و امتیاز ۴ در این پرسش‌نامه، امتیاز خنثی محسوب شد.

روایی محتوایی و صوری پرسش‌نامه، توسط صاحب‌نظران و متخصصان در دسترس در رشته‌های مدیریت خدمات بهداشتی، پزشکی اجتماعی و اپیدمیولوژی تأیید گردید و پایایی آن با Cronbach's alpha ۰/۹۵ در یک نمونه ۵۰ نفری تأیید گردید.

جهت تشریح اهداف طرح و هماهنگی برای جمع‌آوری داده‌ها در ۵ بیمارستان مورد مطالعه، جلسه‌ای با سرپرست امور بیمارستان‌ها، مدیران بیمارستان‌ها، سوپروایزرها و کارشناسان معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی گلستان در محل مرکز تحقیقات مدیریت سلامت و توسعه اجتماعی برگزار گردید. پرسش‌نامه‌ها و پروتکل تحقیق به جمع‌آوری کنندگان داده‌ها که از همکاران اصلی طرح با مدرک کارشناسی پرستاری در بیمارستان‌های مورد مطالعه بودند، ارائه گردید و در مورد جمع‌آوری داده‌ها آموزش لازم به آن‌ها داده شد. طرح در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی گلستان به تصویب رسید.

جمع‌آوری کنندگان داده‌ها پس از توجیه پرسنل بیمارستان نسبت به اهداف طرح، از آن‌ها جهت شرکت در مطالعه رضایت شفاهی کسب نمودند و سپس پرسش‌نامه‌ها بدون نام و نام خانوادگی، بین پرسنل توزیع شد. در مورد محرمانه بودن اطلاعات، توضیح داده شد و پس از آن، پرسش‌نامه‌ها تکمیل گردید. پس از تکمیل و عودت پرسش‌نامه‌ها، داده‌های

جدول شماره ۱: وضعیت قوت و ضعف ابعاد محیط داخلی بیمارستان‌های شهرستان‌های گرگان و گنبد کاووس از دیدگاه کارکنان

ابعاد	نقطه قوت		نقطه ضعف	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد
هدف‌گذاری	۲۹۱	۹۳/۹	۱۹	۶/۱
ساختار سازمانی	۲۷۴	۷۹/۷	۶۳	۲۰/۳
رهبری	۲۶۲	۸۴/۵	۴۸	۱۵/۵
ارتباطات	۲۸۲	۹۱/۰	۲۸	۹/۰
پاداش‌ها	۱۳۷	۴۴/۲	۱۷۳	۵۵/۸
هماهنگی فعالیت‌ها	۲۹۴	۸۰/۳	۶۱	۱۹/۷
نگرش نسبت به تغییر	۲۶۹	۸۶/۸	۴۱	۱۳/۲
وضعیت کلی محیط داخلی	۲۵۹	۸۳/۵	۵۱	۱۶/۵

۳۰ درصد کارمندان نسبت به «طراحی مناسب واحد کاری» مخالفت نشان دادند. ۲۰ درصد کارمندان مخالف «وجود تلاش رییس جهت ایجاد انگیزه در بیمارستان» بودند. ۴۹ درصد کارمندان در مورد «عدم وجود هیچ گونه تضاد در بین اعضای بیمارستان» مخالف بودند. ۳۶ درصد کارمندان نسبت به «مفید بودن سایر واحدها برای واحد کارمند در صورت نیاز به کمک» مخالفت خود را نشان دادند. ۲۵ درصد کارمندان مخالف «عدم مقاومت بیمارستان در برابر تغییر» بودند. ۲۰ درصد کارمندان نسبت به «استقبال مسئولین بیمارستان از تغییر» اظهار مخالفت کردند. از دیدگاه کارکنان، بعد پاداش در سطح ضعیف بود؛ به طوری که ۵۷ درصد کارمندان نسبت به «منصفانه و عادلانه بودن پرداخت حقوق و دستمزد» و ۶۷ درصد کارمندان نسبت به «تناسب حقوق دریافتی با کار انجام شده»، مخالفت خود را نشان دادند. بیمارستان شهید مطهری نسبت به سایر بیمارستان‌های بررسی شده، در بهترین وضعیت و بیمارستان دزینی در ضعیف‌ترین وضعیت قرار داشت. جدول شماره ۲ وضعیت محیط داخلی بیمارستان‌های شهرستان‌های گرگان و گنبد کاووس را نشان می‌دهد.

بین میانگین نمره ارزیابی محیط بیمارستان در بیمارستان‌های مختلف ارتباط معنی‌داری مشاهده شد ($P = ۰/۰۲۱$). بیمارستان شهید مطهری از نظر وضعیت محیط داخلی نسبت به سایر بیمارستان‌های بررسی شده در وضعیت

جمع‌آوری شده در نرم‌افزار SPSS ثبت و تجزیه و تحلیل گردید. آزمون‌های آماری مورد استفاده شامل ANOVA، t و Pearson در سطح معنی‌داری ۰/۰۵ بود.

یافته‌ها

میانگین سنی کارکنان در مطالعه $۳۴/۰۹ \pm ۶/۹۰$ سال بود که حداقل سن ۲۲ و حداکثر ۵۴ سال بود. ۷۵/۸ درصد آنان زن و بقیه مرد بودند. بیشترین نسبت کارکنان (۶۲/۷ درصد) دارای تحصیلات لیسانس و کمترین نسبت (۱/۶ درصد) دارای مدرک کارشناسی ارشد بودند. بیشترین نسبت کارکنان در مطالعه در بیمارستان ۵ آذر (۴۱/۰ درصد) و کمترین نسبت در بیمارستان طالقانی (۱۱/۹ درصد) شاغل بودند. بیشترین نسبت کارکنان (۳۴/۲ درصد) قراردادی و کمترین نسبت (۲۶/۱ درصد) طرحی بودند. بیشترین نسبت کارکنان جزء کارکنان بالینی (۵۹/۷ درصد) و کمترین نسبت، جزء کارکنان بخش تشخیصی (۱۱/۶ درصد) بودند. میانگین سابقه کاری $۹/۵ \pm ۶/۸$ سال بود که محدوده ۱-۲۹ سال را در بر می‌گرفت. به طور کلی، ۸۳/۵ درصد از شرکت کنندگان مطالعه وضعیت محیط داخلی بیمارستان‌ها را قوی (مطلوب) می‌دانستند و ۱۶/۵ درصد، آن را ضعیف (نامطلوب) قلمداد کردند.

از بین حیطه‌های مورد بررسی، حیطه پاداش‌ها ضعیف‌ترین حیطه بود؛ به طوری که ۵۵/۸ درصد، این حیطه را ضعیف ارزیابی کردند. حیطه هدف، قوی‌ترین حیطه ارزیابی شد؛ به طوری که ۹۳/۹ درصد، این حیطه را قوی ارزیابی کردند (جدول شماره ۱).

میانگین نمره‌های حیطه‌های هدف‌گذاری ۲/۶۹، ساختار سازمانی ۳/۲۵، رهبری ۲/۹۱، پاداش‌ها ۴/۱۴، مکانیزم‌های مفید ۳/۱۸ و نگرش نسبت به تغییر، ۳/۰۷ بود. به این ترتیب، از دیدگاه کارکنان ابعاد هدف، ساختار، ارتباطات، رهبری، هماهنگی فعالیت‌ها و نگرش نسبت به تغییر، در سطح مناسبی بودند. با این حال، ۳۱ درصد کارمندان در مورد «تقسیم وظایف کاری به طور منطقی در بیمارستان» مخالفت خود را (کمی مخالفم، مخالفم و خیلی مخالفم) اذعان داشتند.

جدول شماره ۲: وضعیت محیط داخلی بیمارستان‌های شهرستان‌های گرگان و گنبد کاووس

نام بیمارستان	شهدا	دزیانی	طالقانی	آذر	مطهری	جمع کل
میانگین \pm انحراف	میانگین \pm انحراف	میانگین \pm انحراف	میانگین \pm انحراف	میانگین \pm انحراف	میانگین \pm انحراف	میانگین \pm انحراف
معیار	معیار	معیار	معیار	معیار	معیار	معیار
هدف‌گذاری	۲/۶۹ \pm ۰/۸۶	۲/۸۱ \pm ۰/۹۱	۲/۵۴ \pm ۰/۷۲	۲/۷۷ \pm ۰/۸۵	۲/۴۵ \pm ۰/۶۷	۲/۶۹ \pm ۰/۸۳
ساختار سازمانی	۳/۲۴ \pm ۱/۰۹	۳/۲۷ \pm ۱/۱۹	۳/۱۵ \pm ۱/۰۸	۳/۴۲ \pm ۱/۱۰	۲/۷۸ \pm ۰/۸۱	۳/۲۴ \pm ۱/۰۸
رهبری	۲/۹۹ \pm ۱/۱۱	۳/۲۰ \pm ۱/۱۴	۲/۶۰ \pm ۱/۰۸	۳/۰۵ \pm ۱/۱۹	۲/۵۰ \pm ۱/۰۷	۲/۹۳ \pm ۱/۱۶
ارتباطات	۲/۶۸ \pm ۰/۸۴	۳/۰۳ \pm ۰/۸۶	۲/۶۹ \pm ۰/۷۴	۳/۰۳ \pm ۰/۸۸	۲/۸۹ \pm ۰/۷۵	۲/۹۱ \pm ۰/۸۵
پاداش‌ها	۴/۳۴ \pm ۱/۳۹	۴/۷۲ \pm ۱/۱۹	۴/۲۰ \pm ۱/۲۰	۴/۴۵ \pm ۱/۲۷	۳/۹۴ \pm ۱/۰۸	۴/۳۶ \pm ۱/۲۶
هماهنگی فعالیت‌ها	۳/۲۴ \pm ۱/۱۴	۳/۲۳ \pm ۰/۸۶	۲/۷۲ \pm ۰/۸	۳/۳۴ \pm ۱/۰۸	۲/۹۷ \pm ۰/۹۹	۳/۱۸ \pm ۱/۰۳
نگرش نسبت به تغییر	۳/۴۰ \pm ۱/۱۷	۳/۱۸ \pm ۰/۸۶	۲/۶۹ \pm ۰/۷۰	۳/۰۵ \pm ۰/۹۳	۲/۹۵ \pm ۰/۷۷	۳/۰۷ \pm ۰/۹۴
وضعیت کلی محیط داخلی بیمارستان	۳/۲۱ \pm ۰/۹۳	۳/۳۲ \pm ۰/۸۷	۲/۹۳ \pm ۰/۷۷	۳/۲۹ \pm ۰/۸۹	۲/۸۹ \pm ۰/۷۰	۳/۱۸ \pm ۰/۸۷

بعد مکانیسم پاداش، تمام بیمارستان‌های مورد مطالعه و در بعد ارتباطات، بیمارستان‌های نمازی و زینبیه دارای ضعف بودند و نگرش کارکنان سازمان نسبت به تغییر نیز در تمام بیمارستان‌های مورد مطالعه، به عنوان نقطه قوت ارزیابی شده است (۹).

در مطالعه‌ای که توسط کشمیری و بهرامی در بیمارستان شهید رهنمون یزد انجام شد، ابعاد هدف‌گذاری، ساختار سازمانی، رهبری، ارتباطات و نگرش کارکنان نسبت به تغییر در بیمارستان رهنمون، از نقاط قوت این بیمارستان بود و ابعاد سیستم پاداش و هماهنگی، از نقاط ضعف بیمارستان بود که نیاز به توجه مدیریت داشت (۱۸).

در مطالعه‌ای که توسط شرفی به منظور بررسی جو سازمانی موجود و مطلوب در سازمان صدا و سیما انجام شد، نقاط ضعف در مورد فقدان سیستم‌های پاداش مناسب و عدم وجود هماهنگی فعالیت‌ها، عنوان شد (۱۹). در مطالعه‌ای که توسط کشاورز ترک بر روی کارکنان کمیته ملی المپیک انجام شد، بررسی میانگین نمره‌های حیطه‌های هدف‌گذاری، ساختار سازمانی، ارتباطات، پاداش‌دهی، رهبری، هماهنگی فعالیت‌ها و گرایش نسبت به تغییر، نشان از نقاط قوت حیطه‌های مربوط داشت (۱۵). دلیل تفاوت نتایج در این مطالعات، تفاوت در سازمان‌ها، مدیریت‌ها، فرهنگ‌های مختلف شهرهای کشور و در نهایت، تفاوت دیدگاه کارکنان پاسخگو می‌باشد.

با توجه به این که در مطالعه حاضر، حیطه هدف‌گذاری، نقطه قوت بیمارستان‌های مورد مطالعه ارزیابی شد، این نتیجه با

بهتری قرار داشت. بین میانگین نمره ارزیابی محیط بیمارستان در بخش‌های مختلف ارتباط معنی‌داری مشاهده شد ($P = ۰/۰۰۸$). پرسنل بخش‌های پشتیبانی وضعیت محیط داخلی بیمارستان را بهتر و پرسنل بخش‌های تشخیصی، وضعیت محیط داخلی بیمارستان را ضعیف‌تر می‌دانستند. بین وضعیت محیط داخلی و سابقه کاری ارتباط معنی‌دار آماری مشاهده شد ($P = ۰/۰۳۰$)؛ به طوری که بهترین نمره ارزیابی در گروه با سابقه کاری ۲۵-۲۱ سال و ضعیف‌ترین نمره ارزیابی در گروه با سابقه کاری ۱۰-۶ سال به دست آمد. بین ابعاد محیط داخلی بیمارستان با سایر متغیرهای مورد بررسی، ارتباط معنی‌داری مشاهده نشد (جدول شماره ۳).

بحث

به طور کلی در بیمارستان‌های گرگان و گنبد کاووس، ابعاد هدف، ساختار، ارتباطات، رهبری، هماهنگی فعالیت‌ها و نگرش نسبت به تغییر، در سطح مناسبی بودند و بعد پاداش در سطح ضعیف ارزیابی شد. در مطالعه وطن‌خواه و بهرامی که به منظور ارزیابی محیط داخلی بیمارستان‌های شیراز انجام شد، در بعد هدف‌گذاری، بیمارستان زینبیه؛ در بعد ساختار سازمانی بیمارستان‌های نمازی، زینبیه، حافظ و شهید فقیهی؛ در بعد رهبری، بیمارستان‌های نمازی و زینبیه؛ در بعد هماهنگی فعالیت‌ها، بیمارستان‌های نمازی، زینبیه، حافظ و شهید فقیهی؛ در

جدول شماره ۳: متغیرهای (کارکنان) مرتبط با ارزیابی محیط داخلی بیمارستان‌های گرگان و گنبد کاووس

متغیر	طبقه	تعداد	نمره کسب شده میانگین \pm انحراف معیار	مقدار P
سن (سال)	< ۲۵	۳۰	۳/۰۸ \pm ۰/۷۶	P = ۰/۳۷۱
	۲۶-۳۱	۹۲	۳/۲۳ \pm ۰/۸۴	
	۳۲-۳۶	۸۳	۳/۳۳ \pm ۰/۹۴	
	۳۷-۴۱	۵۸	۳/۰۷ \pm ۰/۷۸	
	۴۲-۴۶	۲۹	۲/۹۹ \pm ۰/۹۳	
	۴۷-۵۱	۱۵	۲/۹۶ \pm ۰/۹۷	
	> ۵۱	۳	۲/۹۶ \pm ۱/۰۳	
	< ۵	۹۹	۳/۱۶ \pm ۰/۸۲	
سابقه کاری (سال)	۶-۱۰	۹۹	۳/۳۳ \pm ۰/۸۷	P = ۰/۰۳۰
	۱۱-۱۵	۵۳	۳/۲۴ \pm ۰/۹۶	
	۱۶-۲۰	۳۵	۲/۶۹ \pm ۰/۶۴	
	۲۱-۲۵	۱۵	۲/۶۱ \pm ۰/۹۷	
جنسیت	> ۲۵	۹	۳/۰۳ \pm ۱/۰۳	P = ۰/۵۵۹
	مرد	۲۳۵	۳/۱۹ \pm ۰/۸۸	
	زن	۷۴	۳/۱۲ \pm ۰/۸۵	
وضعیت استخدامی	رسمی	۹۷	۳/۱۲ \pm ۰/۹۵	P = ۰/۵۲۷
	پیمانی	۸۱	۳/۱۷ \pm ۰/۸۶	
	طرحی	۲۶	۳/۳۴ \pm ۰/۹	
	شرکتی	۲	۲/۳۵ \pm ۰/۳	
مدرک تحصیلی	قراردادی	۱۰۴	۳/۱۲ \pm ۰/۵۹	P = ۰/۱۱۰
	دیپلم و پایین تر	۵۱	۳/۰۱ \pm ۰/۸۱	
	فوق دیپلم	۵۱	۳/۴ \pm ۰/۹۳	
	لیسانس	۲۰۳	۳/۱۷ \pm ۰/۸۴	
	فوق لیسانس	۵	۲/۷۳ \pm ۱/۵۶	
بخش	اداری-مالی	۴۶	۳/۲۵ \pm ۰/۷۸	P = ۰/۰۰۸
	بالینی	۱۸۵	۳/۱۴ \pm ۰/۸۷	
	پشتیبانی	۴۳	۲/۹۱ \pm ۰/۷۹	
	تشخیصی	۳۶	۳/۵۶ \pm ۰/۹۴	
	شهدا	۵۵	۳/۲۱ \pm ۰/۹۳	
بیمارستان	دزیانی	۴۵	۳/۳۲ \pm ۰/۸۷	P = ۰/۰۲۱
	طالقانی	۳۷	۲/۹۳ \pm ۰/۷۷	
	۵ آذر	۱۲۷	۳/۲۹ \pm ۰/۸۹	
	مطهری	۴۶	۲/۸۹ \pm ۰/۸۷	

رسیدن به اهداف سازمانی بود.

بیمارستان‌های مورد بررسی در زمینه ارتباطات سازمانی دارای قوت بودند. این نتیجه با نتایج مطالعات وطن‌خواه و بهرامی در بیمارستان‌های چمران، حافظ، شهید فقیهی شیراز (۹)، کشمیری و بهرامی (۱۸)، شرفی (۱۹) و کشاورز ترک (۱۵)، وطن‌خواه و همکاران (۱۰) و نیز مسعودیان و همکاران (۱۷) همخوانی داشت؛ اما با نتایج مطالعه کردناهیج و همکاران در دانشگاه تهران که نشان داد الگوی ارتباطات، انسجام و یکپارچگی در وضعیت نامناسبی بود (۲۳) و همچنین نتایج به دست آمده از بیمارستان‌های نمازی و زینبیه شیراز در مطالعه وطن‌خواه و بهرامی (۹)، تفاوت داشت. دلایل قوت بعد ارتباطات سازمانی، هماهنگی و سازگاری از نظر ارتباطی، وجود ارتباط دوستانه با همکاران و مشخص بودن روابط شغلی کارکنان بود.

بیمارستان‌های مورد بررسی در زمینه پاداش‌ها دارای ضعف بودند. این نتیجه با نتایج مطالعات وطن‌خواه و بهرامی در تمام بیمارستان‌های مورد بررسی چمران، حافظ، شهید فقیهی، نمازی و زینبیه شیراز (۹)، کشمیری و بهرامی (۱۸)، شرفی (۱۹)، کردناهیج و همکاران (۲۳)، رئیس و محبی‌فر (۲۴) و نیز مسعودیان و همکاران (۱۷) همسو بود؛ اما با نتایج مطالعه کشاورز ترک (۱۵) و وطن‌خواه و همکاران (۱۰) مغایرت داشت. دلایل ضعیف بودن این بعد، عدم منصفانه و عادلانه بودن پرداخت حقوق و دستمزد، عدم تناسب حقوق دریافتی با کار انجام شده و عدم وجود فرصت ترقی در بیمارستان بود.

برای آن که اجرای سیستم پرداخت مناسب باشد، دستمزد و حقوق باید با توجه به برابری‌های درونی و بیرونی تعیین گردد. برابری درونی زمانی به وجود می‌آید که به کارکنان شاغل، بر طبق ارزش نسبی شغلشان در سازمان پرداخت شود. به کمک روش‌های ارزشیابی شغل، ارزش نسبی مشاغل تعیین می‌شود. این امر، برابری‌های داخلی را تضمین می‌کند. سپس، بررسی‌های حقوق و دستمزد برابری‌های خارجی را تعیین می‌کند. برابری‌های خارجی زمانی به وجود می‌آید که کارکنان شاغل دارای پرداخت‌هایی قابل مقایسه با سطوح

نتایج مطالعات وطن‌خواه و بهرامی (۹)، کشمیری و بهرامی (۱۸)، شرفی (۱۹)، کشاورز ترک (۱۵)، وطن‌خواه و همکاران (۱۰) و نیز مسعودیان و همکاران (۱۷) همخوانی داشت؛ اما با نتایج مطالعات Habicht در استونی (۲۰) و وطن‌خواه و بهرامی (بیمارستان زینبیه) (۹) مغایرت داشت. دلایل قوت بعد هدف‌گذاری در بیمارستان‌های مورد بررسی، روشنی و وضوح اهداف، درک اهداف و اولویت‌های بیمارستان توسط کارکنان و تمایل آن‌ها به شرکت در تصمیم‌گیری در واحد کاری بود.

بیمارستان‌های مورد بررسی در زمینه ساختار سازمانی دارای قوت بودند. این نتیجه با نتایج مطالعات وطن‌خواه و بهرامی در بیمارستان چمران (۹)، کشمیری و بهرامی (۱۸)، شرفی (۱۹)، کشاورز ترک (۱۵) در کارکنان کمیته ملی المپیک، وطن‌خواه و همکاران (۱۰) و نیز مسعودیان و همکاران (۱۷) همخوانی داشت؛ اما با نتایج مطالعه مقدسی و شیخ طاهری که نشان داد ساختار سازمانی بخش مدارک پزشکی در بیمارستان‌های ایران نسبت به کشورهای پیشرفته از نقاط ضعف محسوب می‌شود (۲۱) و نتایج به دست آمده از بیمارستان‌های نمازی، زینبیه، حافظ و شهید فقیهی شیراز در مطالعه وطن‌خواه و بهرامی (۹) و همچنین نتایج مطالعه شریفی که نشان داد ساختار سازمانی بیمارستان‌های شیراز به دلیل رسمیت شدید به عنوان نقطه ضعف محسوب می‌شود (۲۲)، متفاوت بود. دلایل قوت بعد ساختار سازمانی، تقسیم کار قابل انعطاف کمک‌کننده جهت رسیدن به اهداف سازمانی بود.

بیمارستان‌های مورد بررسی در زمینه رهبری دارای قوت بودند. این نتیجه با نتایج مطالعات Habicht در استونی (۲۰)، وطن‌خواه و بهرامی در بیمارستان‌های چمران، حافظ و شهید فقیهی شیراز (۹)، کشمیری و بهرامی (۱۸)، شرفی (۱۹)، کشاورز ترک (۱۵)، وطن‌خواه و همکاران (۱۰) و نیز مسعودیان و همکاران (۱۷) مطابقت داشت؛ اما با نتایج به دست آمده از بیمارستان‌های نمازی و زینبیه شیراز در مطالعه وطن‌خواه و بهرامی (۹) مغایرت داشت. دلایل قوت بعد رهبری، حمایت مدیر از تلاش‌های کارکنان و کمک وی به ترقی بیمارستان و

شیفت‌های کاری و تعداد کم پژوهش‌های انجام شده با این موضوع بود. برای حل این مشکلات، ضمن توجه پرسنل در مورد اهداف مطالعه، در مورد محرمانه بودن اطلاعاتشان به آن‌ها اطمینان داده شد. از سوی دیگر، پیگیری‌های مکرر به منظور افزایش صحت داده‌ها صورت پذیرفت.

علاوه بر این، مطالعه فقط پرسنلی را که در زمان مطالعه در شیفت صبح و عصر مشغول کار بودند، در بر می‌گرفت؛ اما با وجود سیستم چرخشی بیمارستان‌ها، بهتر بود پرسنل شاغل در شیفت شب نیز مورد بررسی قرار گیرند و ارتباط شیفت کاری به عنوان یک متغیر با محیط داخلی بیمارستان سنجیده می‌شد. جهت مطالعات آتی پیشنهاد می‌شود تحلیل استراتژیک (SWOT) بیمارستان‌های استان گلستان جهت دستیابی به استراتژی‌های اثربخش انجام شود تا زمینه لازم برای پیاده‌سازی برنامه‌ریزی استراتژیک بیمارستان‌ها حاصل گردد. از سوی دیگر، می‌توان دلایل نقاط ضعف و قوت و راهکارهای مؤثر را در قالب مطالعات کیفی به دست آورد و نیز تأثیر مداخلات مؤثر را در زمینه بهبود وضعیت محیط داخلی بیمارستان‌ها بررسی نمود.

سپاسگزاری

محققان بر خود لازم می‌دانند از معاونت تحقیقات و فن‌آوری دانشگاه علوم پزشکی گلستان که اعتبارات مالی این طرح را تأمین نموده است و همچنین از آقایان دکتر سید مهدی حسینی و دکتر حسینعلی عبدالصالحی که با عنایت و مساعدت معنوی خود انجام این تحقیق را میسر نمودند و همچنین خانم‌ها آسیه خلیلی، بتول آذرتاش و لیلا شبانی که در جمع‌آوری اطلاعات همکاری نمودند، تشکر نمایند.

References

- Nasiripour AA, Tabibi SJ, Raeisi P, Amiri M. Designing an operational planning model for level-one Iranian primary health care systems. *Knowledge and Health* 2008; 3(3-4): 9-14. (Persian).
- Jahangiri K, Tabibi SJ. Strategic planning: mitigation of economic impact on natural disaster. *Payesh* 2006; 5(4): 281-7. (Persian).
- Tabibi SJ. Strategic planning and performance measurement. Tehran, Iran: Semaye Farhang Publication; 2006. (Persian).
- Ghane Pour M, Kavari S, Pour-Mohammadi B, Homami S. Internal evaluation of public health department of Semnan University of Medical Sciences. *Koomesh* 2010; 12(2): 104-11. (Persian).

مشابه در سازمان‌ها باشند (۲۵). پرداخت مساوی، برای کار مساوی است. به هر کس باید مطابق سهمی که در اجرای کار دارد، پرداخت شود. پاداش و روش‌های پرداخت باید مناسب باشد و بیشترین رضایت خاطر کارمندان را تأمین کند (۲۶). یکی از راه‌های انگیزش کارکنان، استفاده از پرداخت‌ها و مشوق‌های مالی می‌باشد. در این راستا، مدیران باید پاداش‌ها را فردی کنند و به عملکرد پیوند دهند (۲۷).

بیمارستان‌های مورد بررسی در زمینه هماهنگی فعالیت‌ها دارای قوت بودند. این نتیجه با نتایج مطالعات وطن‌خواه و بهرامی در بیمارستان چمران (۹)، کشاورز ترک (۱۵) و وطن‌خواه و همکاران (۱۰) همخوانی داشت؛ اما با نتایج مطالعات کشمیری و بهرامی (۱۸)، شرفی (۱۹) و نتایج به دست آمده از بیمارستان‌های نمازی، زینیه، حافظ و شهید فقیهی شیراز در مطالعه وطن‌خواه و بهرامی (۹) مغایرت داشت. دلایل قوت این بعد، مفید بودن ایده‌های سرپرست برای کارکنان، مفید بودن تلاش‌های برنامه‌ریزی و کنترل برای رشد و بهبودی بیمارستان و یکپارچه سازی بیمارستان بر اساس شیوه عملکرد بود.

بیمارستان‌های مورد بررسی، در زمینه نگرش نسبت به تغییر دارای قوت بودند. این نتیجه با نتایج مطالعات وطن‌خواه و بهرامی در بیمارستان‌های چمران، حافظ، شهید فقیهی، نمازی و زینیه شیراز (۹)، کشمیری و بهرامی (۱۸)، شرفی (۱۹) و کشاورز ترک (۱۵) همخوانی داشت. دلایل قوت این بعد، اطلاع پرسنل از خط مشی‌ها و رویه‌های جدید، علاقه کارکنان به تغییر در شغل و توانایی بیمارستان در انجام تغییر بود.

از جمله محدودیت‌ها و مشکلات مطالعه، محافظه کاری برخی از پرسنل در پاسخگویی به سؤالات یا ترس از اظهار نظر واقعی، دسترسی دشوار به پرسنل با توجه به نوع کار و

5. Asefzadeh S. Health Planning. Qazvin, Iran: Qazvin University of Medical Sciences Publication; 2008. (Persian).
6. Araby SM. Strategic Planning. Tehran, Iran: Pajoheshhaye Farhangi Publication; 2011. (Persian).
7. Ansary M, Rahimi AP, Yarmohamadian M, Yaghubbi M. SWOT analysis in school of management and medical information science, Isfahan University of Medical Science. Journal of Health Administration 2009; 12(36): 1-8. (Persian).
8. Rahbar N, Azargoon A, Faez N. Internal evaluation of obstetrics and gynecology department of Semnan university of medical sciences in year 2002. Koomesh 2004; 5(4): 27-32. (Persian).
9. Vatankhah S, Bahrami MA. An assessment on internal teaching-curative hospital environment according Wise board's six-dimensions model (Shiraz City, 2006). Journal of Health Administration 2008; 10(30): 7-14. (Persian).
10. Vatankhah S, SL, Ahadinezhad B, Ameli E, Ameli E, Nasiri T, et al. Analysis of management functional dimensions using Wise board Model in hospitals of Tehran University of Medical Sciences. Payavard 2013; 7(2): 163-76. (Persian).
11. Safarani S, Arab M, Rahimi A, Ahangar A. Internal environment analysis of Tehran University of Medical Sciences hospitals Based on Wise board model. Payavard Salamat 2012; 6(2): 101-9. (Persian).
12. Stegorean R, Gavrea C, Marin A. The application of a diagnostic model: an empirical study. Studia Universitatis Babeş-Bolyai, Negotia 2010; 3: 3.
13. Torkzadeh J. Evaluation of organizational development in Universities of ministry of science, research and technology in Tehran [Thesis]. Tehran, Iran: Shahid Beheshti University 2006. (Persian).
14. Preziosi RC. Organisational diagnosis questionnaire (ODQ) [Online]. [cited 2013]. Available from: URL: <http://g-rap.org/docs/ICB/Preziosi%20-%20Organ.%20Diagnosis%20Questionnaire%20ODQ.pdf>
15. Keshavarztork MH. Identification of organizational factors associated with the performance of the IOC staff using Wise board model. Proceedings of the 6th National Conference on Physical Education and Sports Science Students in Iran; 2011 Nov; Tehran, Iran. 2011. (Persian).
16. Moghimi SM. Organization and management; an investigative approach. Tehran, Iran: Termeh Publication; 2007. (Persian).
17. Masoudian E, Sadeghifar J, Masoudian Y, Salehi M, Amiriyani Zadeh M, Mousavi SM. Assessment of the internal environment of Gachsaran's Shahid Rajai Hospital using Wise board organizational diagnosis model. Payavard Salamat 2013; 6(5): 376-82. (Persian).
18. Keshmiri F, Bahrami MA. An analysis on internal environment of Shahid Rahnmoon hospital according Wise board model. Proceedings of the 7th Annual Congress of Health Services Administration Students; 2009; Kerman, Iran. 2009. (Persian).
19. Sharafi N. Present and desired organizational climate. Islamic Republic of Iran broadcasting [Thesis]. Tehran, Iran: School of Islamic Republic of Iran Broadcasting 2007. (Persian).
20. Habicht. Estonian Health System SWOT analysis [Online]. [cited 2006 Mar 7]. Available from: URL: <http://tervisepoliitika.sm.ee/failid/health%20system%20SWOT%20Habicht.pdf>
21. Moghaddasi H, Sheikhtaheri A. Organizational structure of the health information management departments in hospitals: a new model for Iran. Payesh 2008; 7(2): 129-40. (Persian).
22. Sharifi M. Survey of organizational formalizing in Shiraz teaching hospitals [Thesis]. Shiraz, Iran: School of Management and Medical Information Science, Shiraz University of Medical Sciences 2003. (Persian).
23. Kordnaeej A, Moghimi SM, Ghanati S, Yazdani HR. The relationship between organizational structure and culture of entrepreneur at Tehran University. Quarterly Journal Public Administration 2009; 1(3): 119-34. (Persian).
24. Raeissi P, Mohebbifar R. Job motivators from the employees and managers' point of view in teaching hospitals affiliated to Qazvin University of Medical Sciences. The Journal of Qazvin University of Medical Sciences 2006; 10(1): 101-8. (Persian).
25. Blanchard KE, Hersey P. Management of organizational behavior. Trans. Kabiri G. Tehran, Iran: Jahad Daneshgahi Publication; 1999.
26. Rezaeean A. Principals of organizational behavior management. Tehran, Iran: Samt Publication; 2012. (Persian).
27. Locke EA, Latham GP. Goal setting: a motivational technique that works. New Jersey, USA: Prentice-Hall; 1984.